

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1958

N°

626

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

M. SOURDILLE Pierre, Paul, François,
né le Quinze Juillet mil neuf cent
trente et un, à Issy-les-Moulineaux.
(Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

1958

LA RESECTION SCLERALE LAMELLAIRE
AVEC GALVANO-CAUTERISATION

DANS LA CHIRURGIE DU DECOLLEMENT DE LA RETINE

--:--

INDICATIONS TECHNIQUE RESULTATS

Président: Monsieur G. RENARD, Professeur

VALUATION
...
...
...

...
...
...
...



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556008_0008

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.)
Chabrol (Et.), Champy (G.), Chavalier (P.), Debré (R.), Donzelot
(E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.)
Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaitre (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.)
Marion (G.), Mathieu (P.), Moequet (P.), Mondor (H.), Monod (R.)
Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Strohl (A.), Tanon (L.)
Velter (E.).

Doyen.....Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur.....Jean VERNE.

I.-PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....Cordier (G.)
Anatomie pathologique.....Delarue (A.)
Anesthésiologie.....Baumann (J.)
Bactériologie.....Fasquelle (R.)
Biochimie médicale.....Jayle (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education
physique et aux sports.....Chailley-Bert (P.)
Biologie médicale.....Fauvert (R.)
Cancérologie médicale et sociale.....Bernard (J.)
Clinique carcinologique.....Redon (H.)
Clinique de cardiologie.....Mouquin (M.)
: Hôtel Dieu.....Ménégaux (G.)
: Beaujon.....Sicard (A.)
Cliniques chirurgicales : Cochin.....Quénu (J.)
: Salpêtrière.....Moulonguet (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et
orthopédique.....Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire...de Gaudart-d'Allaines (F)
Clinique de chirurgie infantile et
orthopédie.....Févre (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire...Mathey (J.)
Clinique génétique médicale.....Lamy (M.)
Clinique gynécologique.....Funck-Brentano (P.)
Clinique des maladies cutanées et
syphilitiques.....Degos (R.)
Clinique des maladies des enfants.....Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses.....Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et
de l'encéphale.....Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques.....Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang.....Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux...Alajouanine (T.)



	: Bichat.....	Justin Besançon (L.)
	: Broussais.....	de Gennes (L.)
Cliniques médicales	:	
	: Cochin.....	Moreau (R.)
	: Hôtel Dieu.....	Bariéty (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie		
thérapeutique.....		Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique.....		Pasteur Vallery-Radot (L.)
Clinique médico-sociale du diabète		
sucré et des maladies de la		
nutrition.....		Boulin (R.)
Clinique de neuro-chirurgie.....		Petit-Dutaillis (D.)
	: Baudelocque.....	Lacomme (M.)
Cliniques obstétricales	: Port-Royal.....	Varango (J.)
	: Tarnier.....	Lantuéjoul (P.)
Clinique ophtalmologique.....		Renard (G.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique.....		Aubin (A.)
Clinique de Pédiatrie sociale.....		Marie (J.)
Clinique de Pneumo-phtisiologie.....		Bernard (E.)
Clinique psychiatrique infantile.....		Michaux (L.)
Clinique de puériculture.....		Ielong (M.)
Clinique rhumatologique médicale et		
sociale.....		Coste (F.)
Clinique stomatologique.....		Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....		Sénèque (J.)
Clinique médicale.....		Lemaire (A.)
Clinique urologique.....		Fey (B.)
Electro-physiologie médicale (chaire		
à titre personnel).....		Djournon (A.)
Embryologie.....		Giroud (A.)
Histoire de la Médecine et de la		
Chirurgie.....		Soulié (P.)
Histologie.....		Verne (J.)
Hygiène et clinique de la première		
enfance.....		Turpin (R.)
Hygiène et Médecine préventive.....		Joannon (C.)
Médecine légale.....		Piédelievre (P.)
Médecine du travail.....		Desoille (H.)
Para sitologie.....		Galliard (H.)
Pathologie chirurgicale.....		Couvelaire (R.)
Pathologie exotique.....		Lavier (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....		Lenègre (J.)
Pathologie humorale et immunologie		
expérimentale (chaire à titre personnel)...		Merklen (F.)
Pathologie médicale.....		Decourt (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.....		Garcin (J.)
Pharmacologie et matière médicale.....		Cheymol (J.)
Physiologie.....		Binet (L.)
Physique médicale.....		Dognon (A.)
Radiologie médicale.....		Desgrez (H.)
Technique chirurgicale.....		Patel (J.)
Thérapeutique.....		Brouet (G.)

II. PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Anatomie.....	DELMAS A pr s ch CABROL C. DEBEYRE J. OLIVIER G.			BARCAT J. CAUCHOIX J. DUBOST C. FAUREL J. FLABEAU F. GERMAIN A. GOSSET J. LAURENCE G. LORTAT-JACOB J. OLIVIER Cl. poilleux f; THOMERET G. VERNE J.M. N... N...
Anatomie pathologique	GAUTHIER VILLARS P pr s ch BUSSET F. GOUYGOU Ch.	Pathologie chirurgicale		
Anesthésiologie	N...N... HAUDUROY pr s ch NEVOT A. pr s ch			
Bactériologie..	CHRISTOL D. TOURNIER P. BARBIER P. ETTORI J. pr s ch			
Biochimie médicale.....	DESGREZ P. pr s ch POLONCOWSKI J. SCHAPIRA G.	Pathologie expérimentale		LOEPPER J. MAURICE P. HAGUENAU pr s ch BOUDIN G. BOUVIER J.B. BRICAIRE H. BRISAUD H. CASTAIGNE P. CONTE M. DEROT M. DOMART A. LAMOTTE M. LAROCHÉ C.P. MACREZ Cl. MILLIEZ P. PEQUIGNOT H. RAMBERT P. ROYER P. THIEFFRY St. TURIAF J. WOLFROMM R. N... N...
Carcinologie	BOURLIERE F.			
Biologie médic. N...N...				
Dermato-Syphiligraphie:	DUPERRAT B.			
Electro-Radiologie: N...				
Embryologie....	TUCHMANN-DUPLESSIS			
Hématologie....	N...N...			
Histologie.....	COUJARD R. pr s ch N...N...	Pathologie Médicale....		
Hydrologie.....	CORNET A.			
Hygiène.....	BOYER J. pr s ch. DEPARIS M. pr s ch			
Maladies Infec.	BASTIN R. DEROBERT pr s ch.			
Médecine légale	ALBAHARY C. HADENGUE A.			
Médecine du tra	ALBAHARY C.			
Neuro-chirurgie	DAVID M.			
Neurologie.....	LHERMITTE F. GRASSET J. LE LORIER G. LEPAGE F.			
Obstétrique....	MERGER R. MORIN P. RAVINA J. ROBEY M.	Pédiatrie.....		MOZZICONACCI P. POLONOWSKI Cl.
	BREGEAT P. DESVIGNES P.	Pharmacologie..		LEVY Mlle J pr s ch. N...
Ophtalmologie..	JUDET R. AUBRY M. MADUPE R.	Physiologie....		BARJETON J pr s ch PARROT J pr s ch DEJOURS P.
Orthopédie.....	BRUMPT pr s ch. CHABAUD A.	Physique médic.		GOUGEROT L. N...
Oto-Rhino- laryngologie.	RUDLER J pr s ch. ABOULKER P	Pneumo-phtisiologie:		KREIS B.
Parasitologie..		Psychiâtré.....		PICHOT
Pathologie chirurgicale		Psychiâtré inf		N...
		Rhumatologie...		DELEBARRE F.
		Stomatologie...		CERNEA P. CHAPUT Mme A. CHASSAGNE P. PERRAULT M.
		Thérapeutique.		
		Urologie.....		RUSS B.

III. PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Clinique	AMELINE A.	Clinique neurologique DE SEZE S.
chirurgicale....	HUGUIER J.	Clinique obstétricale MAYER M.
	LEGER L.	Clinique
	PADOVANI P.	ophtalmologique..... OFFRET G.
	ROUX M	Clinique pédiatrique. LAPLANE R.
Clinique	DREYFUS Gilbert	Clinique
médicale.....	KOURILSKI R.	psychiatrique..... BARUK H.

Secrétaire Général de la Faculté.... M. MOREL J.

Secrétaire..... Mlle CHAINTREUIL G.

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN A.

Conservateurs..... Mlles DUMAITRE P., GOICHON A.M

Bibliothécaires..... Mme CONTET J., Mlles LAURENT H

LE NOIR G., QUEVREUX E.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1958

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

M. SOURDILLE Pierre, Paul, François,
né le Quinze Juillet mil neuf cent
trente et un, à Issy-les-Moulineaux.
(Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

1958

LA RESECTION SCLERALE LAMELLAIRE
AVEC GALVANO-CAUTERISATION

DANS LA CHIRURGIE DU DECOLLEMENT DE LA RETINE

--:--:--

INDICATIONS TECHNIQUE RESULTATS

Président: Monsieur G. RENARD, Professeur

A mes Parents

A ma Femme

A ma Famille:

A tous mes amis

A mon Maître, le Professeur G. RENARD

Professeur de la Chaire de Clinique d'Ophtalmologie
à la Faculté de Médecine de Paris

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur de
m'accueillir dans son service.

Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma respectueuse reconnaissance
et de ma profonde gratitude.

A mon Maître, le Professeur Agrégé P. BREGEAT

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Ophtalmologiste des Hôpitaux

Qui m'a fait l'honneur, depuis mon
enfance, de m'accorder son amitié.

Qui m'a inspiré cette thèse et guidé
dans mon travail avec une
constante bienveillance.

Pour l'exemple et l'enseignement
qu'il m'a donnés.

Qu'il veuille accepter le témoignage
de ma respectueuse reconnaissance
et de mon fidèle attachement.

INTRODUCTION

C'est en 1736 que Saint-Yves donna la première description du décollement de la rétine, mais il faudra attendre près de deux siècles pour qu'un traitement médical et surtout chirurgical soit opposé à cette affection.

Il est cependant amusant de noter que les traitements du XVIIIème siècle se faisaient par des applications locales de bouillon d'écrevisses, de poudre de vipères, de cloportes et d'euphrasies.

Avec les théories pathogéniques (Best, Gonin, Lindner, Arruga), les thérapeutiques apparurent, tout traitement ayant pour but de réappliquer la rétine à la choroïde et d'évacuer le liquide sous-rétinien.

Dans certains cas, malheureusement trop nombreux, les techniques de galvano-cautérisation (Gonin, Sourdille), supplantées ultérieurement par celles de la diathermo-cautérisation, sont insuffisantes.

La résection sclérale, totale puis lamellaire, s'est intégrée dans l'opération du décollement rétinien par diathermo-coagulations.

Notre Maître, le Professeur Agrégé Brégeat, a repris récemment la technique de la galvano-cautérisation associée à la résection sclérale lamellaire, et, à la faveur de quelques unes de ses observations personnelles, il nous a proposé un sujet de travail sur cette technique opératoire. Qu'il nous soit permis de le remercier pour l'aide précieuse apportée à l'élaboration de ce travail, et pour sa constante bienveillance.

HISTORIQUE

La résection sclérale a été introduite dans la thérapeutique par Müller Ludwig en 1903.

Après avoir acquis une certaine expérience de cette technique à la suite de deux opérations en Janvier et Mai 1901, c'est le 28 Juin 1902 qu'il opéra le malade qui fut l'objet de sa publication princeps. Cette première opération fut pratiquée sur une forte myopie (oeil droit = 9 dioptries, oeil gauche = 5 dioptries) avec perte brutale de la vision surtout du côté droit, pour lutter contre la distension choroïdienne.

Cette façon de diminuer le volume du globe oculaire fut utilisée ensuite dans les décollements de la rétine. Müller pensait lui-même, dans ces cas, alléger par son intervention la traction sur la choroïde et, améliorant les conditions circulatoires, traiter la cause propre de l'épanchement sous-rétinien.

La technique opératoire cependant nécessitait:

- après incision verticale des plans cutanés, la résection temporale de l'apophyse orbitaire externe suivant la méthode de Kröenlein, puis la section du périoste orbitaire

- la section du droit externe et sa fixation à chaque extrémité par un fil.

- puis, après prise du droit inférieur à la pince, l'essentiel de l'opération consistait en la dissection d'un lambeau de sclérotique de 8 à 10 mm de large sur 20 mm de long. L'extrémité antérieure de la résection étant à 1 mm ou 2 mm de l'insertion du droit externe.

- la pose de cinq points de suture permettait de réunir les deux bords de la plaie. Mais la difficulté résidait dans l'accollement des deux lèvres de la plaie qui ne devaient laisser passer aucune hernie du globe.

- enfin, évacuation du liquide sous-rétinien par l'introduction d'un petit couteau entre les lèvres de la plaie.

Pour simplifier le procédé opératoire, Müller, par la suite, supprima le temps osseux et c'est le 17 Juillet 1913 qu'il rapporta à la Société d'Ophtalmologie de Berlin deux bons résultats obtenus par sa nouvelle technique de section temporaire des droits supérieur et inférieur, pour faciliter la résection sclérale.

Il ne donnait comme indication que les décollements de la rétine datant de plus d'un an.

Cette technique opératoire eut cependant peu de partisans. En Europe Elschmig et Blaskovitch, et en Amérique Török (1920) furent ses principaux défenseurs. Ces auteurs apportèrent quelques modifications à la technique de Müller. En particulier, Török pratiqua d'abord une résection superficielle au lieu de réséquer en un seul temps toute l'épaisseur de la sclérotique, puis attaquant la partie profonde de la sclère par le bord postérieur de la plaie, il sépara les couches sclérales les plus profondes de la choroïde et les enfouit dans la plaie pendant l'accollement des lèvres de la résection.

En 1922 Tenz pratiquait une méthode semblable et Koch en 1927 rapportait un succès. En 1949, Borley, réunissant les publications précédentes trouvait 20% de succès et 30% d'amélioration.

La résection sclérale tomba cependant dans l'oubli, surtout à la suite des découvertes de Gonin sur la thérapeutique du décollement rétinien.

C'est Lindner, en 1933, qui de nouveau l'appliqua dans la thérapeutique du décollement de la rétine, en la réservant aux cas défavorables: décollement avec rétinite proliférante, décollement sur oeil aphaque ou nystagmique, décollement opéré sans succès par d'autres méthodes.

Après anesthésie locale ou générale, il résèque une bandelette sclérale de 2 à 6 mm de long sur la moitié de la circonférence du globe, une résection analogue pouvait être effectuée dans un deuxième temps sur l'autre moitié. La résection est pratiquée à 8 ou 12 mm du limbe et après section temporaire des muscles droits intéressés. Les lèvres de la plaie sont suturées à la soie et au fur et à mesure de la résection. Il lutte contre l'hypertonie éventuelle par ponction de la chambre antérieure.

Au total, comme Müller, il pratique une résection perforante, c'est à dire intéressant toute l'épaisseur de la sclérotique, mais plus étroite et plus longue.

Il obtint sur 36 cas: 6 guérisons, 10 améliorations, 9 résultats nuls et 11 aggravations.

Les risques étaient évidemment: blessure de la choroïde, perte de vitré, réactions oculaires, douleurs post-opératoires.

Lindner étendit même les indications de son opération au staphylome scléral, à la myopie avec risque de décollement et à la myopie forte.

Il faut noter également en 1933, les travaux de Guist et Hildesheimer.

La résection sclérale fut reprise surtout par les auteurs anglo-saxons.

Ainsi, Ramach et Brown furent ses partisans en 1935.

Hildesheimer en 1937, puis Borley et Lanner en 1945 l'utilisèrent dans la myopie avec menace de décollement.

Pischel aux Etats-Unis pratiqua l'opération de Lindner le premier en 1938, et en 1945 il pouvait rapporter sur 15 cas de décollements rétiniens: 2 guérisons et 4 améliorations.

En Angleterre, la première résection sclérale selon la technique de Lindner fut effectuée par Juler et Lister en 1947, mais sans succès, et c'est en 1948 que Philps publia deux résultats heureux obtenus par cette méthode.

Vail en 1941 puis 1946, Morgan en 1943 et Shapland en 1948 utilisèrent la résection sclérale dans le traitement du staphylome scléral.

Cette question de résection sclérale fut exposée en 1950 au Congrès International d'Ophtalmologie, mais jusqu'à cette époque les auteurs pratiquaient des résections perforantes sans y ajouter systématiquement de coagulations. Bien plus, le principe de cette opération fut appliqué de différentes façons suivant les auteurs.

C'est ainsi que, déjà en 1933, Vogt proposait de raccourcir le globe oculaire par plissement de la sclérotique, et c'est Wewe qui en exposa la technique au Congrès d'Ophtalmologie de 1950.

Ces deux procédés se trouvent du reste réunis dans la technique de la résection sclérale lamellaire, puisqu'il s'agit du plissement d'une sclérotique amincie.

C'est en 1949 que Dellaporta modifie la résection sclérale perforante. Il résèque seulement la partie la plus externe de la sclérotique, puis suture les deux bords de la plaie, produisant ainsi un plissement scléral.

Mais c'est surtout Shapland en Angleterre, Paufigue et Hugonnier en France, qui ont décrit cette technique de résection sclérale lamellaire (1950).

Shapland décrit ainsi sa technique, le 17 Juillet 1950:

- après anesthésie locale ou générale, il ouvre la conjonctive et la capsule de Tenon en regard de la zone à réséquer,
- si besoin est, il sectionne un ou plusieurs muscles droits,
- il repère alors, après mise à nu de la sclérotique le lieu exact de la résection à l'aide du cautère,
- il effectue ensuite la résection de la sclère, en laissant une mince pellicule sclérale et, avec l'aiguille de Maddox il passe un fil de suture simple sur les lèvres de la plaie, au fur et à mesure de la progression du clivage scléral.
- La résection sclérale terminée, il attouche le fond de la zone réséquée avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution de soude caustique à 3%.
- L'opération est terminée par la suture sclérale, les réinsertions musculaires, et la fermeture de la conjonctive par points séparés.

Au total, résection lamellaire de 30 mm de long et jamais de plus de 6 mm de large.

Dans une étude datant de 1956, Shapland donnait les

résultats comparatifs obtenus de 1949 à 1954 par l'ancienne méthode de diathermie seule, et la résection sclérale lamellaire jointe à la diathermie.

Compte tenu que cette dernière technique a été utilisée dans les cas à mauvais pronostic dans l'ancienne méthode, il estime que la résection sclérale lamellaire associée à la diathermie améliore le pronostic de 15%.

Il donne comme indications:

- les décollements séniles
- les décollements anciens
- les décollements sur oeil aphaque
- les décollements sur myopie
- les échecs de la diathermie
- les décollements traumatiques
- les décollements avec rétraction du vitré
- et, plus généralement, tous les décollements qui ne réagissent pas favorablement au repos.

Ces indications sont celles déjà proposées par Pauflique et Hugonnier, qui estiment que les deux facteurs principaux du mauvais pronostic des décollements rétiniens sont: la rétraction vitréenne ou rétinienne et la fragilité de la rétine.

Leur technique opératoire est un peu différente, mais, fait essentiel, ils pensent que la résection sclérale ne doit être qu'un temps du traitement chirurgical, les coagulations étant nécessaires pour provoquer des adhérences entre la rétine et la scléro-choroïde que la résection sclérale a permis de rapprocher l'une de l'autre.

C'est pourquoi, après anesthésie locale ou générale et exposition du champ opératoire, ils effectuent le clivage scléral sans passer de fil. La limite antérieure de la zone de résection est à 10 mm du limbe, la limite postérieure à

13 ou 14 mm du limbe. Les coagulations diathermiques sont alors pratiquées avant de poser les fils, sur la tranche de section et en arrière de celle-ci. Les auteurs achèvent l'opération par la mise en place de fils en U qu'ils serrent après avoir évacué le liquide sous-rétinien par diathermo-coagulations perforantes.

Ces auteurs estiment comme Shapland, que la résection sclérale lamellaire est un progrès important dans le traitement des décollements de la rétine, et que les résultats obtenus, vu les indications proposées, sont satisfaisants.

Ainsi, sur 66 résections sclérales lamellaires effectuées suivant leur technique sur 57 yeux (53 malades au total) ils ont obtenu : 31 succès et 26 échecs, soit près de 55% (54,38) de succès.

Plus récemment, Schepens de New-York, apporta une nouvelle modification à cette technique de résection sclérale lamellaire, en produisant un plissement scléral localisé à un quadrant mais beaucoup plus important par l'introduction d'un petit cylindre en polyéthylène entre les bords de la plaie sclérale.

En 1956, Chamlin et Rubner décrivirent une technique opératoire qui se voulait garder le principe et les résultats de l'utilisation du tube en matière synthétique de Schepens, mais sans l'introduction de ce corps étranger et avec lui de complications éventuelles. Pour ce faire, ils pratiquent une résection sclérale lamellaire en commençant par la périphérie de la zone à réséquer, mais en épargnant sa partie centrale suivant son plus grand axe sur une largeur de 1 mm. Ils obtiennent ainsi deux volets scléraux, libres à la périphérie, mais adhérant au centre de la résection, dont ils forment en les retournant un petit cordon

scléral, qui joue le rôle du tube de Schepens. Ils terminent l'intervention par la pose des sutures, les coagulations et l'évacuation du liquide sous-rétinien.

Notons enfin les travaux de Madame Schiff-Wertheimer, Gaillard et Figuerde, qui ont communiqué en 1955 des résultats statistiques sur la résection sclérale, et de Staz en 1956. Surtout, il faut retenir les expériences de Shere et Jérôme; ces auteurs ont obtenu des raccourcissements du globe oculaire par électro-coagulation de la sclérotique. Travaillant sur des yeux énucléés ou perdus, ils ont obtenu des diminutions de volume du globe oculaire et des modifications anatomo-pathologiques comparables à la résection d'une languette sclérale de 22 mm de long sur 4 mm de large. Mais les modifications résultantes au niveau des trois membranes de l'oeil ne permettent pas, à l'heure actuelle, l'utilisation clinique de ce procédé.

Ainsi, il y a trois grandes dates dans la génèse de la technique de la résection sclérale:

- 1903 avec Müller, qui le premier la réalise,
- 1933 où Lindner, en la modifiant, la réintroduit dans la thérapeutique,
- 1950 enfin, où Shapland et Paufique exposent la technique et les indications de la résection sclérale lamellaire avec diathermo-coagulation.

Dernièrement, notre Maître, le Professeur Agrégé P.Brégeat, tout en gardant les mêmes indications opératoires que les auteurs Lyonnais dans les décollements de rétine, a quelque peu modifié la technique de la résection sclérale lamellaire, et nous a proposé un travail qui fait aujourd'hui le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans ce travail, nous insisterons donc particulièrement sur: certains détails de la technique opératoire guidée par l'emploi de la galvano-cautérisation qui, délaissée par la plupart des auteurs, donne des résultats au moins aussi bons que ceux de la diathermo-coagulation.

INTERET DE LA GALVANO-CAUTERISATION

En effet, dans la plupart des cas, la galvano-cautérisation n'a pas la faveur des auteurs et ceux-ci utilisent surtout la diathermie.

Mais les diathermo-coagulations entraînent lors du processus cicatriciel post-opératoire, vers le 15ème-20ème jour, une réaction exsudative de la zone coagulée qui va à l'encontre du but envisagé et semble favoriser la fragilité du résultat opératoire, alors qu'à cette période il devrait en être le contraire.

Les galvano-cautérisations n'ont pas cet inconvénient et les phénomènes oedémateux sont très réduits.

D'autre part, dans la galvano-cautérisation, la pigmentation cicatricielle apparaît dès le 15ème jour, alors que, dans la diathermo-coagulation, cette pigmentation est plus tardive: vers le 30ème jour. La galvano-cautérisation n'est pas dangereuse comme on l'a cru, elle est même plus précocement solide que la diathermie, et permet un lever plus précoce du malade.

On a aussi reproché à la galvano-ponction de ne pouvoir être utilisée qu'une seule fois. Il n'en est rien si l'on veut bien suivre la technique proposée: la pince de Paufigue posée sur les lèvres de la plaie sclérale maintient le globe, tandis que les ponctions sont faites à la pointe fine chauffée au rouge, perçant tout juste la sclère d'un mouvement très bref, et sans y rester.

La galvano-cautérisation est une technique extrêmement souple. Nous pratiquons des galvano-cautérisations de surface et perforantes; leurs effets peuvent être réglés à volonté, suivant leurs localisations, et l'intervention ou la réintervention.

TECHNIQUE DE LA RESECTION SCLERALE
LAMELLAIRE AVEC GALVANO-CAUTERISATION

Préparation du malade.

Il convient d'opérer dans les meilleures conditions possibles, d'autant qu'il s'agit souvent de cas de fâcheux pronostic, voire à la limite de l'opérabilité.

Un examen méthodique minutieux aura localisé la ou les déchirures rétiniennes, et l'opérateur connaîtra parfaitement l'aspect et le siège du décollement. Un tel examen permet d'éviter le temps ophtalmoscopique per-opératoire.

Le bilan général pré-opératoire systématique est celui de toutes les interventions chirurgicales sur le globe.

Avant l'acte chirurgical, nous pratiquons dans tous les cas une pré-anesthésie dont l'intérêt n'est plus à démontrer. Elle facilite l'acte opératoire sur un malade totalement détendu, sans qu'on ait besoin de recourir à l'anesthésie générale, qui comporte toujours un risque, sans parler de la période d'agitation qui peut s'observer au réveil.

Nous prescrivons donc:

- la veille au soir de l'intervention:

60 mg de Nembutal (suppositoires
ou comprimés)

- le matin même:

2 heures avant l'intervention:

Largactil 50 mg

1 heure avant l'intervention:

Nembutal 100 mg

Enfin, dans un but de prophylaxie anti-hémorragique, il est fait une injection intra-musculaire d'Adrénoxyl 1500 une heure avant l'intervention.

L'intervention.

1°/ Après nouveau contrôle ophtalmoscopique des lésions, lavage de l'oeil au sérum physiologique stérile et large aseptie cutanée.

2°/ Anesthésie locale - à la Novocaïne à 2% et

Hyaluronidase, par:

- injection rétro-bulbaire
- barrage facial
- anesthésie de la partie médiane du bord ciliaire des paupières inférieure et supérieure
- anesthésie du muscle droit, qui sera temporairement désinséré, et soulèvement conjonctival en regard de la zone opératoire par une injection sous-conjonctivale de Novocaïne.

3°/ Exposition du champ opératoire.

C'est le premier temps important de l'opération:

- a) Passage d'un fil de soie à la partie médiane, anesthésiée, du bord ciliaire de chaque paupière; ces fils, portant une pince à leurs extrémités, permettent l'ouverture des paupières sans blépharostat.
- b) Petite canthotomie de l'angle externe, pour augmenter l'ouverture de la fente palpébrale.
- c) Ouverture conjonctivale large, aux ciseaux à pointe mousse, et mise à nu de la sclérotique en regard de la zone à réséquer.

- d) Désinsertion temporaire du muscle droit
ou des deux muscles droits intéressés, suivant
la localisation de la résection sclérale.
Il est facile de repérer par un fil de soie
noire n° 1, tenu par une pince, la limite
antérieure sclérale de l'insertion sur le globe
de ce muscle que l'on sectionne à ce niveau;
on passe également un catgut (0000) par
chaque extrémité de la désinsertion, pour que
le muscle reste parfaitement étalé lors de
la réinsertion.
- e) Pour permettre des mouvements dirigés du
globe oculaire, et faciliter l'exposition
de la zone à réséquer, un fil de soie est
passé dans les deux muscles droits du diamètre
opposé à celui du muscle désinséré.

On obtient ainsi une exposition et une vue parfaites
du champ opératoire, le chirurgien ou son aide contrôlant
à volonté: l'ouverture des paupières (sans blépharostat)
la désinsertion musculaire
et les mouvements du globe.

4°/ Repérage de la résection.

Suivant les données de l'examen ophtalmoscopique,
et à l'aide du scarificateur de Desmarres, le
repérage des limites antérieure et postérieure
de la résection est pratiqué sur les méridiens où
siègent les lésions maxima. La limite antérieure
de la résection est au moins à 10 mm du limbe,
la limite postérieure n'étant jamais à plus de
15 ou 16 mm du limbe (équateur et veines vorti-
queuses en arrière). C'est donc une résection
sclérale lamellaire pré-équatoriale.

- 15 -

Par expérience, il apparaît à notre Maître, le Professeur Agrégé Brégeat, qu'une largeur de 3 mm de résection suffit, mais que cette résection doit s'étendre nécessairement sur une demi-circonférence du globe; le grand axe idéal du lambeau scléral à réséquer se trouvant dans le plan parallèle au plan équatorial du globe qui passe par le maximum présumé des lésions.

De la sorte, la résection sclérale aura son maximum d'efficacité.

5°/ Résection sclérale lamellaire.

La résection sclérale est alors pratiquée. Elle est plus ou moins difficile suivant l'épaisseur sclérale (gros myope ou non) et la réintervention ou non-réintervention. Au scarificateur de Desmarres, le lambeau scléral, tenu à son extrémité par la pince de Paufigue, est clivé de telle sorte qu'il ne reste qu'une mince pellicule de sclère laissant voir, par transparence, la coloration bleuâtre de la choroïde.

Si l'oeil paraît tendu, il est utile de faire une ponction de la chambre antérieure avec le couteau de Graefe au limbe avec un petit lambeau conjonctival, et d'évacuer lentement l'humeur aqueuse à la spatule. La ponction de la chambre antérieure jugulera d'autre part la réaction hypertonique post-opératoire.

6°/ Galvano-cautérisation à la boule.

La galvano-cautérisation est effectuée à la boule. Celle-ci est une sphère en platine de 1,07 mm de diamètre reliée par deux fils de platine aux conducteurs du courant galvanique qui s'adaptent au générateur et au galvano-cautère. Ce système a une longueur totale de 37 mm et des alliages spéciaux de maillechort, les soudures en argent, permettent d'obtenir des températures maxima de 900 degrés.

La galvano-cautérisation est un temps capital et minutieux qui débute par le réglage du galvano-cautère. La boule doit "marquer" légèrement mais suffisamment. Il est commode de régler le galvano-cautère en se référant à l'action de la boule sur une compresse stérile et sèche. L'intensité adoptée étant celle qui fait "roussir" très discrètement la compresse.

Les galvano-cautérisations de surface sont alors pratiquées:

- a) sur le croissant réséqué, en insistant plus particulièrement sur la zone présumée du maximum des lésions. La sclère se rétracte à chaque cautérisation.
- b) immédiatement en avant et en arrière des limites antérieure et postérieure de la résection, sur la sclère, et à ce niveau il faut un peu plus de chaleur que pour les cautérisations du lit de la résection.

7°/ Ponctions sclérales

La boule est remplacée par une pointe fine, la plus fine possible, et le liquide sous-rétinien est évacué par ponctions galvaniques.

La pointe à ponctions galvaniques utilisée est en platine, elle est à 90 degrés de son support et a 7 mm de longueur. C'est celle qu'utilise le Dr. Dollfus pour les opérations de décollements de la rétine. Comme pour la boule galvanique, les fils conducteurs et supports de la pointe sont en alliages spéciaux de maillechort. Le système a une longueur totale de 30 mm.

Les ponctions sont pratiquées:

- sur la plaie sclérale elle même, là où siège la poche rétinienne,

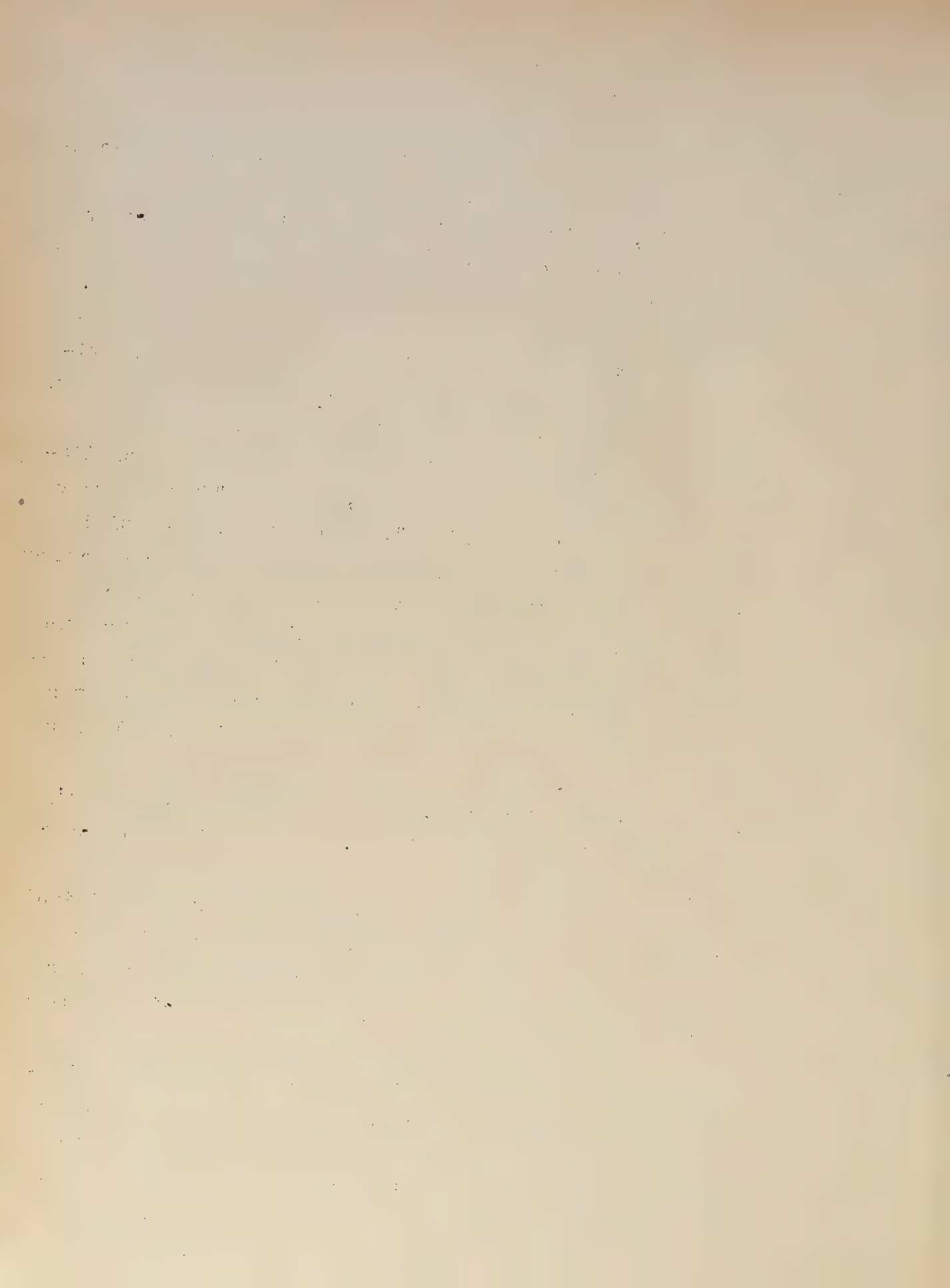
- 3 ou 4 ponctions dans la zone de la ou des déchirures rétiniennes,
- puis, toujours au niveau du maximum des lésions 2 ou 3 perforantes sont faites en avant et en arrière de la résection, au travers de la sclère, le long des bords de la plaie sclérale en maintenant ceux-ci à la pince de Paufigue et en utilisant une intensité du galvano-cautère plus grande, permettant une pénétration plus facile.

Il faut rougir la pointe et perforer très superficiellement sans pénétrer dans le vitré, il faut "juste percer le globe et retirer aussitôt". Le liquide sous-rétinien sort, le globe s'affaisse. Pour que de nouvelles ponctions soient possibles il faut tenir la lèvre de la résection avec la pince de Paufigue, près de l'endroit à ponctionner. On obtient ainsi une évacuation parfaite du liquide sous-rétinien qui achèvera de s'éliminer par les perforantes pratiquées sur la sclère, pendant la réunion des berges de la résection.

8°/ Mise en place de fils en U, fil de nylon 0000 sertie d'une aiguille courbe très fine (5mm). Chaque point est espacé d'environ 3 mm.

9°/ Puis ces fils de suture sont serrés et noués en vérifiant l'absence de hernie du plan profond entre les lèvres sclérales de la résection, et en prenant soins que les noeux soient du côté périphérique et non du côté profond de la résection.

L'intervention est très facilitée par cette modification des temps opératoires, en effet, si les sutures étaient placées auparavant, elles seraient gênantes dans le champ opératoire pour l'application du galvano-cautère qui risquerait de les brûler et de les couper.



- 10°/ Réinsertion musculaire, facilitée par le repérage à la soie noire effectué en début d'intervention, de même que les deux catguts passés dans chaque extrémité de la désinsertion permettent maintenant une réinsertion parfaite, le muscle étant entièrement étalé à son insertion sclérale.
- 11°/ Antibiotiques locaux avant et après la suture conjonctivale faite par un surjet "à la grecque".
- 12°/ Enfin, l'opération est terminée par instillation de collyre d'atropine, puis pansement binoculaire avec bande.

Les soins post-opératoires

Ils sont simples, ce sont ceux des interventions pour décollements de la rétine.

- Le repos allongé et absolu en évitant les mouvements de la tête, en est le premier terme.
- On pourra utilement s'aider de calmants. Ce repos sera prolongé jusqu'au vingtième jour après l'intervention. Durant cette période on recommandera au malade une mobilisation active des membres inférieurs dans le lit pour lutter contre les accidents veineux de décubitus.
- Dans un but prophylactique nous pratiquons pendant environ une semaine un traitement antibiotique polyvalent par voie générale (pénicilline et streptomycine).
- Le pansement binoculaire est surveillé et changé tous les deux jours, à cette occasion on poursuit le traitement mydriatique et antibiotique local. On vérifie également le résultat opératoire par des examens ophtalmoscopiques à partir du huitième jour.
- Vers le huitième-dixième jour, on fait l'ablation du fil de suture conjonctivale par traction sur une de ses extrémités.

- Au quinzième jour, le pansement binoculaire est remplacé par le port de lunettes sténopéïques.
- Ce n'est qu'après le vingtième jour que le malade est autorisé à un lever progressif.

Au total

Les points intéressants de cette techniques sont:

- les dimensions de la résection sclérale qui doit s'étendre sur une demi circonférence du globe oculaire, et avoir une largeur d'environ 3 mm au centre de la résection.
- les galvano-cautérisations de surface et perforantes, et non perforantes seules qui seraient insuffisantes.
- les sutures sclérales, à la fin de l'intervention, qu'auparavant gêneraient le maniement du galvano-cautère qui risquerait de les détériorer.

Ainsi:

- Il n'y a pas eu d'hémorragie du vitré dans nos cas, mais il ne faut jamais utiliser diathermo-coagulations et galvano-ponctions, car l'on aurait alors un risque hémorragique post-opératoire, dès le lendemain, dans une proportion qui approche de 100% des cas.
- Le champ visuel, aux doigts, fait au lit du malade, permet d'étudier la récupération rétinienne.
- L'examen ophtalmoscopique montre l'aspect du fond d'oeil. Au premier examen et aux suivants, la rétine est saillante sur la zone où a porté la résection sclérale, avec deux ou trois petits foyers hémorragiques discrets et localisés. Les points

perforants marquent le fond d'oeil sous l'aspect de petits points blanc-jaunes, les boules galvaniques, bien que moins visibles, marquent cependant et apparaissent en blanc.

- La rétine, du côté nasal, peut être encore soulevée, mais se réapplique lentement dans les cas favorables. L'aspect des vaisseaux montre cette réapplication.
- Si le décollement est important, mal réappliqué, la rétine reste soulevée dans l'hémisphère opposé à celui de la résection sclérale. Il faudra alors une autre résection sclérale sur cet autre hémisphère, 30 à 45 jours plus tard.

Certains cas s'améliorent rapidement, en un mois.

D'autres, s'améliorent plus lentement, en deux ou trois mois, et dans les cas favorables on voit la poche scléro-chorio-rétinienne où apparaissent assez rapidement des zones de pigmentation. La poche persiste longtemps puis s'affaisse peu à peu.

D'autres cas ne s'améliorent pas, la rétine est soulevée mais il y a souvent, malgré cela, une amélioration fonctionnelle qui permet au sujet de se conduire.

En fin, d'autres cas ne sont pas améliorés.

QUELQUES OBSERVATIONS MEDICALES

DE RESECTION SCLERALE LAMELLAIRE

Nous rapportons quelques observations de résection sclérale lamellaire pratiquée suivant la technique du Professeur Agrégé Brégeat.

Observation n° 1.

Monsieur BIB... Louis, âgé de 59 ans, a été examiné pour la première fois en Janvier 1944. Blessé le 6/12/43, ce n'est que près d'un mois plus tard qu'il consulte.

Il présente à cette époque un décollement traumatique de l'oeil droit, avec large déchirure temporale supérieure. De plus, on constate une dégénérescence rétinienne en palissade, à la périphérie.

L'intervention est pratiquée par le Dr Brégeat le 11 Janvier 1944, diathermo-coagulation avec perforantes. Les suites opératoires sont bonnes, et, sorti en Février, le malade a, en Mars de la même année, une acuité visuelle de 2/10 à droite.

Le malade va bien jusqu'en Juillet 1957, où, à l'oeil gauche, survient un décollement rétinien supéro-temporal: intervention dans un autre service (diathermo-coagulation). Trois semaines plus tard, il accuse une perte brutale de la vision qui l'amène à consulter le Service du Professeur Renard.

L'examen ophtalmoscopique, malgré une cataracte avancée et un vitré assez louche, laisse voir une poche rétinienne inférieure assez étendue avec plusieurs déchirures inféro-nasales et inférieures. Le champ visuel, nul au début, s'améliore en une dizaine de jours, mais reste largement amputé, surtout du côté nasal.

L'acuité visuelle à droite est de 3/10. A gauche, le malade accuse des métamorphopsies et compte les doigts à un mètre; le champ visuel reste rétréci, surtout du côté nasal.

La résection sclérale est pratiquée le 8/10/57, du quadrant inféro-nasal au quadrant supéro-temporal, par le Professeur Agrégé Brégeat, suivant la technique décrite précédemment.

Une semaine plus tard, la rétine est réappliquée, mais le résultat incomplet fait pratiquer une nouvelle intervention, suivant la même technique, le 12/11/57. Cette opération intéresse alors tout l'hémisphère nasal.

Le 24 Novembre, toute la rétine est réappliquée, les suites opératoires sont bonnes, mais les opacités centrales du cristallin, tant à droite qu'à gauche, diminuent la vision.

Actuellement, le résultat est excellent, le malade pouvant vaquer seul à ses occupations.

Observation n° 2.

Madame LAG... Marguerite, âgée de 44 ans, est monophthalme; l'oeil droit est pratiquement aveugle depuis la naissance. L'oeil gauche est myope, avec nystagmus de fixation, et présente un décollement de rétine. Le 17/10/57, l'acuité visuelle est de 1/10. Le champ visuel est amputé du côté nasal, et surtout en bas. L'examen ophtalmoscopique montre un décollement rétinien supéro-temporal, la papille et la macula sont vues à - 8 dioptries, la poche rétinienne à - 2 dioptries; en périphérie, une zone de dégénérescence étendue siège sur le méridien de 1 heure et $\frac{1}{2}$, et l'on constate une grande déchirure de 3 diamètres papillaires, en fer à cheval, sur le méridien de 2 heures $\frac{1}{2}$, et dont le sommet est à 17 mm du limbe.

La résection sclérale lamellaire avec galvano-cautérisation est pratiquée par le Professeur Agrégé Brégeat le

14 Novembre 1957; elle siège dans l'hémisphère temporal, et nécessite la section temporaire du muscle droit externe. Les suites opératoires sont bonnes, et, le 28/11/57, la rétine est parfaitement réappliquée.

Le résultat opératoire est, là encore, très satisfaisant rendue aveugle par cet accident, la malade a repris actuellement quelque activité.

Observation n° 3.

Même si tous les décollements rétiniens ne réagissent pas favorablement aux tentatives thérapeutiques, la résection sclérale lamellaire reste néanmoins la technique chirurgicale à tenter pour essayer de les améliorer.

Il s'agit, dans cette observation, d'un cas grave, pratiquement désespéré.

Monsieur GAR... Vincent, âgé de 67 ans, présente une myopie très ancienne. Il a eu un décollement rétinien de l'oeil droit il y a une trentaine d'années; vision nulle.

En Décembre 1955, décollement rétinien de l'oeil gauche, opéré en Janvier 1956 en Afrique du Nord par la méthode diathermique. Cette intervention donne un bon résultat, mais, vers la fin de Mars de la même année, une récurrence amène une nouvelle intervention qui, cette fois, ne donne qu'un résultat médiocre. A cette époque, la vision est nulle à droite; l'oeil gauche compte les doigts à 30 cm.

En Octobre 1957, le malade présente une seconde récurrence, le fond d'oeil est le siège de nombreux plis et de zones cicatricielles; il existe une déchirure en V sur le méridien de 2 heures, à 16 mm du limbe. De plus, on constate une cataracte postérieure.

Le 5 Novembre 1957, le Professeur Agrégé Brégeat pratique une résection sclérale lamellaire avec galvano-cautérisation sur l'hémisphère temporal. L'opération est rendue difficile à cause de nombreuses cicatrices avec adhérences multiples. Les suites opératoires sont bonnes

En Janvier, l'oeil a récupéré un peu de vision; le patient voit les mouvements de la main; le champ visuel réapparaît; il existe une bonne projection lumineuse.

En Février, le résultat, cependant précaire, fait décider une nouvelle résection sclérale, complémentaire de la précédente; elle siègera dans l'hémisphère nasal. Mais, auparavant, le Professeur Agrégé Brégeat pratique l'extraction totale du cristallin, dont les opacités deviennent très importantes.

Au début de Mai 1958, la seconde résection sclérale est effectuée dans l'hémisphère nasal de 10 à 13 mm du limbe, par le Professeur Agrégé Brégeat.

Il est actuellement trop tôt pour présager du résultat, mais il est certain que la résection sclérale lamellaire avec galvano-cautérisation a été, à deux reprises, parfaitement supportée par ce globe pathologique.

Observation n° 4.

Monsieur BAU..., âgé de 64 ans, est myope de - 8 dioptries.

En Décembre 1956, l'oeil gauche est le siège d'un décollement rétinien avec une déchirure supéro-temporale. Le Professeur Agrégé Brégeat pratique alors une diathermo-coagulation, mais, au 30ème jour après l'intervention, les adhérences opératoires ne tiennent pas, et il y a récurrence. Le malade refuse alors la réintervention qui lui est proposée.

Puis, en 1957, le malade consulte de nouveau le Professeur Agrégé Brégeat qui constate un décollement de la rétine de l'oeil droit avec 5 déchirures en chapelet supéro-temporales, et effectue une résection sclérale lamellaire avec galvano-cautérisation s'étendant du quadrant supéro-nasal au quadrant inféro-temporal, après désinsertions des muscles droit supérieur et droit inférieur.

Actuellement, le malade va très bien. Il a, à droite, une acuité visuelle de 7/10 après correction par un verre concave de - 6 dioptries.

Observation n° 5.

Mademoiselle MAG... Odette, âgée de 23 ans, est myope de - 18 dioptries, et appartient à une famille dont un frère et une soeur ont déjà été atteints de décollement de rétine, et sont aveugles.

L'oeil gauche est pratiquement perdu; il a été opéré deux fois par la méthode diathermique pour décollement rétinien, et une troisième fois par résection sclérale lamellaire avec diathermo-coagulation par un confrère.

La malade consulte le Professeur Agrégé Brégeat, qui constate un décollement rétinien inféro-temporal de l'oeil droit, décollement déjà opéré par diathermo-coagulation sans succès.

Le Professeur Brégeat pratique une résection sclérale lamellaire avec galvano-cautérisation, dans un premier temps dans l'hémisphère temporal, puis, trois mois après, le champ nasal étant soulevé, la même intervention dans l'hémisphère nasal.

Un an après, la malade se dirige seule. Elle a un bon champ visuel et une acuité de 1/10 après correction par un verre de - 15 dioptries.

Observation n° 6.

Monsieur MAR... Georges, âgé de 47 ans, consulte le 29/11/57, pour hémorragie du vitré de l'oeil gauche depuis un mois. Il s'agit en fait d'un décollement de la rétine à début hémorragique. Le champ visuel est rétréci dans le quadrant inféro-nasal. L'examen ophtalmoscopique montre une déchirure large de deux diamètres papillaires, siégeant sur le méridien de 2 heures $\frac{1}{2}$, à 15/16 mm du limbe. Le Professeur

Agrégé Brégeat pratique une résection sclérale lamellaire avec galvano-cautérisation le 4 Décembre 1957. Le résultat est très satisfaisant.

En Février 1958, le malade a un champ visuel normal à gauche, après correction, l'acuité visuelle est de 3/10, et le malade lit le N° 5 de l'échelle de Parinot. Le fond d'oeil est le siège d'une cicatrice très pigmentée. L'oeil droit, amblyope, ne permet qu'une vision de 1/10.

Observation n° 7.

Monsieur MAQ... André, âgé de 53 ans, consulte le Professeur Agrégé Brégeat en Octobre 1956, qui diagnostique:

- à droite: une cataracte nucléaire; la vision, après correction, est de 1/10.
- à gauche: oeil amblyope; vision: 3/10.

Dès cette date, il est envisagé d'intervenir pour la cataracte, mais il existe un risque post-opératoire de 1 % de décollement de la rétine.

Le Professeur Brégeat opère le patient en Avril 1957 et fait une extraction totale du cristallin. Le malade est suivi périodiquement; le résultat opératoire est excellent. L'acuité visuelle, à droite, après correction, est de 10/10, et le malade lit le N° 3 de l'échelle de Parinot, en Juin 1957.

Mais, à la fin de Juin 1957, le malade accuse des métamorphopsies avec rétrécissement du champ visuel, surtout dans l'hémisphère supérieur; l'acuité visuelle est tombée à 2/10. La rétine est à peine soulevée. Il est alors prescrit: repos, solurutine et 12 injections I.V. de cyanure de mercure.

Un mois plus tard, en Juillet, le champ visuel supérieur est toujours rétréci, mais l'acuité visuelle est de 7/10.

En Septembre 1957, le malade consulte de nouveau. Il a été opéré en Août, par un collaborateur du Professeur Brégeat pour un décollement nasal, suivant la technique de la résection sclérale lamellaire avec galvano-cautérisation.

Mais il présente un décollement rétinien plat et diffus maximum dans le quadrant supéro-nasal, avec déchirures supéro-nasale, supéro-temporale et inféro-temporale, difficiles à préciser car le vitré est trouble.

Le Professeur Agrégé Brégeat pratique une première résection sclérale lamellaire avec galvano-cautérisation sur l'hémisphère nasal en Octobre 1957, puis une seconde intervention analogue sur l'hémisphère temporal en Novembre.

Le résultat est très satisfaisant. Du côté nasal, la rétine s'est parfaitement réappliquée; du côté temporal, la réapplication a été plus lente.

En Février 1958, la rétine est entièrement en place, le champ visuel est bon, la vision est de 1/10.

CONCLUSIONS

On sait que le traitement chirurgical du décollement de la rétine s'est enrichi, grâce à Shapland en Angleterre et Paufigue et Hugonnier en France, de la technique de la résection sclérale lamellaire.

Notre Maître, le Professeur Agrégé P. Brégeat, a apporté quelques modifications à la technique de la résection sclérale lamellaire appliquée au traitement du décollement de la rétine et préfère lui associer la galvano-cautérisation de surface et perforante à la diathermo-coagulation.

Les indications opératoires sont celles admises à l'heure actuelle par tous les auteurs, c'est-à-dire: les décollements rétinien graves, de mauvais pronostic. Cette gravité est due :

- soit au terrain et à l'état général du malade :
 - âge avancé du malade dont on peut rapprocher :
 - décollement chez les artério-scléreux.
- soit à l'état local :
 - rétine atrophique, plus ou moins dégénérée, parfois kystique mais toujours fragile.
 - décollement sur oeil aphaque
 - décollement sur forte myopie
 - décollement du monophthalme
 - décollement déjà opéré sans succès
- soit au décollement lui-même
 - décollement ancien, figé.
 - décollement ne se réappliquant pas ou se réappliquant mal à l'épreuve du repos
 - décollement avec large déchirure ou à déchirures multiples.

llement avec déchirure postérieure.

in, à l'étiologie:

ticulier les décollements traumatiques qui ne
issent pas par l'épreuve du repos.

L'intervention est pratiquée sous anesthésie locale, le
malade étant préparé après:

- un bilan général complet,
- une préanesthésie.

Elle comporte:

- l'anesthésie locale,
- l'exposition du champ opératoire,
- le repérage de la résection,
- la résection sclérale lamellaire,
- les galvano-cautérisations de surface et perforantes,
- la mise en place des sutures,
- la suture conjonctivale,
- le pansement binoculaire.

Nous insistons sur les modifications apportées à la
technique de résection sclérale lamellaire par le Professeur
Agrége Brégeat:

- outre quelques détails opératoires,
- les dimensions de la résection sclérale, qui
peut n'avoir qu'une largeur de 3 mm, mais qui
doit intéresser la demi-circonférence du
globe oculaire.
- le lambeau réséqué a la forme d'un croissant, et
son grand axe est dans le plan parallèle au
plan équatorial du globe qui passe par le
maximum présumé des lésions.

- d
- soit, e
- e

- L'intérêt de la galvano-cautérisation de surface et perforante qui n'est pas dangereuse, comme on a tendance à le croire, qui n'entraîne pas d'oedème réactionnel secondaire aussi marqué qu'après la diathermo-cautérisation, et qui donne des résultats plus précocément solides que celle-ci. Elle est effectuée avant la pose des fils de suture qui gêneraient le maniement de la boule ou de la pointe galvaniques, elle est faite en avant et en arrière de la zone réséquée, sur le lit de la zone réséquée elle-même, et en insistant sur les lésions maxima. Ensuite, l'évacuation du liquide sous-rétinien est grandement facilitée par les galvano-ponctions.

Les soins post-opératoires sont simples.

Les quelques observations que nous rapportons plaident en faveur des résultats obtenus.

=====

Vu, le Doyen:
L. BINET

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie
de Paris:
J. SARRAILH

Vu, le Président
de Thèse:
G. RENARD

BIBLIOGRAPHIE

1. BERCIoux N. Histoire abrégée et vicissitudes dans le traitement du décollement de la rétine.
Lausanne. 1953.
2. BORLEY W. E. The scleral resection (eyeball shortening) operation.
Trans. Americ. Ophtalm. Soc. 47. 462-497. 1949.
3. CHAMLIN et RUBNER. Retinal detachment, scleral buckling, lamellar undermining technic.
Americ. Jour. Ophtalm. Avril 1956. p. 633-638.
4. MAGITOT A. Le décollement idiopathique de la rétine.
Annales d'Oculistique. Juin 1952.
5. MULLER L. Eine neue Operation-behandlung der Netzhaut-abhebung.
Klin. Monast. Aug. 459. 1903.
6. PAUFIQUE, HUGONNIER et MOREAU. Traitement du décollement de la rétine par la résection sclérale. Technique personnelle. Indications. Résultats.
Annales d'Oculistique. Février 1952.
7. PHILPS A. S. Scleral resection in the treatment of retinal detachment.
Bri. Jour. Ophtalm. 32. 811-818. Nov. 1948.
8. SHAPLAND C. D. Diathermo-coagulation. Statistique. Comparaison avec la résection sclérale.
Bull. Soc. fr. Ophtalm. p. 340-350. Février 1956.
9. SHAPLAND C. D. La résection sclérale lamellaire dans le traitement du décollement de la rétine.
Annales d'Oculistique. n. 473. 1952

10. SHEPENS. Symposium. Retinal detachment. N Y Academy of Medicine and N Y Society for Clin. Opht. Janvier 1955. Americ. Jour. Ophtalm. Avril 1956.
11. SCHIFF-WERTHEIMER, GAILLARD et FIGUERDE. Résection sclérale. Statistique. Résultats. Arch. d'Ophtalm. 15.8.1955.
12. STAZ. Lamellar scleral resection. South Afric. Med. Jour. Mars 1956.
13. WERVE H. Raccourcissement du globe par le moyen du plissement scléral. Ophtalmologica. 118. 660-665. 1949.

=====

